

第8回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

○加藤医師養成等企画調整室長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第8回「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」を開催いたします。

構成員の皆様におかれましては、平素よりオンライン診療について、また、医療行政全般にわたり格別の御指導、御支援を賜り、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。また、御多忙の中、急遽本日御参集いただきましたことにつきましても、改めて厚く御礼申し上げます。

まず、構成員の欠席等についてですが、本日、大道構成員からは所用により御欠席との連絡をいただいております。

また、本日の会議に参考人として、国際医療福祉大学、加藤康幸感染症学教授、また、国立国際医療研究センター、大曲貴夫国際感染症センター長をお招きすることにつきまして、構成員の皆様にも御同意いただきたいと思いますがいかがでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○加藤医師養成等企画調整室長 それでは、今回参考人として御参加いただくことにしたいと思います。

また、総務省情報流通高度化推進室の澤谷課長補佐、また、遅れておりますけれども、経済産業省大臣官房参事官の西川参事官にも御参加いただく予定となっております。

それでは、マスコミの方の撮影はここまでとさせていただきます。

(冒頭カメラ撮り終了)

○加藤医師養成等企画調整室長 まず、資料の確認をさせていただきたいと思いますので、皆様、タブレットを御確認いただければと思います。本日もペーパーレスとして進めさせていただきたいと思います。お手元のタブレットには、資料0として議事次第と座席表。資料1は本日御議論いただく資料になります。参考資料は1、2、3-1、3-2とございます。今般発出しました通知に関しては参考資料4としてお示ししています。参考資料5は新型コロナウイルスの感染症対策の基本方針ということで、政府の基本方針をお示ししています。参考資料6と7に関しましては、加藤参考人より御提供いただいている資料になりますので、併せて御参照ください。

カメラ撮りはここまででお願いいたします。

(カメラ退室)

○加藤医師養成等企画調整室長 それでは、以降の議事運営につきましては、山本座長にお願いさせていただきたいと思います。よろしくお願いたします。

○山本座長 本日は新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえた議論をいただくために、大変急でございましたけれども、お集まりいただきましてありがとうございます。

それでは、早速議事を進めてまいりたいと思います。本日の議題は「新型コロナウイルス感染症対策としてのオンライン診療について」です。

まずは資料1「新型コロナウイルス感染症対策としてのオンライン診療について」、事務局から説明をお願いいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 それでは、御説明させていただきます。資料1を御覧ください。まず、2ページ目になりますけれども、今般これだけ新型コロナウイルスの感染の拡大が実際日本において起きておりますが、オンライン診療に関してどのように活用し得るか御検討いただくに当たって、原理原則、これまでの指針において、急病急変に患者に関してはどのように記載されていたのかというところから確認させていただきたいと思っております。

赤字でございますとおり、オンライン診療の指針の記載は、「急病急変患者については、原則として直接の対面による診療を行うこと」としておりました。ivになります。ii及びiiiの例外として、患者がすぐに適切な医療を受けられない状況にある場合などにおいて、患者のために速やかにオンライン診療による診療を行う必要性が認められるときは、オンライン診療を行う必要性・有効性とそのリスクを踏まえた上で、医師の判断の下、初診であってもオンライン診療を行うことは許容され得る」という記載がございました。

これが、下のボックスにありますとおり、今般の新型コロナウイルスの感染拡大においてどのように考えられるのかというところに関して、まさしく本日御議論いただきたいところでございますけれども、患者がすぐに適切な医療を受けられない状況にあると言えるかどうか、患者のために速やかにオンライン診療による診療を行う必要性が認められるかどうか、その必要性・有効性とそれに伴うリスクを踏まえた上でどうかということをお話しを本日御議論いただければと思っております。

3ページ目、4ページ目におきましては、この規定は初診における規定でございますので、初診の定義を前回明記しておりますので、こちらは御参照いただければと思っております。あくまでオンライン診療は問診と視診に限られるということが診断を混乱させている、視診や問診による診察のみでは診断が困難だということがこの会でも確認されたところでございます。

1枚飛ばしまして、5ページ目「新型コロナウイルスの感染拡大に応じたオンライン診療の論点」ということで、これだけ感染症が広まっておりますので、我々厚生労働省としましても、現状実施可能な医療サービスとして、1つ目のポツにございますとおり、慢性疾患等を有する定期受診患者等について、かかりつけ医等の判断で、継続処方されていた慢性疾患薬を電話や情報通信機器を用いた診療で処方することに関しまして、先月の28日に事務連絡で通知したところでございます。また、同事務連絡におきましては、オンライン受診勧奨を用いることに関しても記載させていただいております。

ここまで厚生労働省として対応してきたわけではございますが、今般この感染拡大防止の観点から、オンライン診療の活用については様々な場で御提案、御意見をいただいております。

これに関しまして、左側、具体的な提案内容を記載させていただいております、右側

にこれまでの検討会での議論を踏まえた上でどのように判断されるのかという案をお示ししています。まず、一番上「継続した発熱等、新型コロナウイルス感染の疑いがある患者の治療」ということをございます。これに関しましては、新型コロナウイルスの診断・治療というのはオンライン診療では困難であろうと。また、治療薬が仮にできた場合においても、検査精度や、他の疾患を見逃すリスク、副作用のリスク等々の課題があるということとは明記させていただいております。

2つ目、軽度の発熱、上気道症状、腹痛、頭痛とございます。御存じのとおり、新型コロナウイルスが疑われる場合、4日間を目安に自宅での療養も勧められている場面もあることから、このような初期対応に関してオンライン診療で行ったらどうかという御提案もございました。そういった場合におきましても、右側にございますとおり、問診と視診に限定されていることから、正しい判断や重症度の評価がオンライン診療では非常に難しいですので、そういった困難な状況の中で対応することをどう考えるのかということに記載させていただいております。

そして、もう既に事務連絡でも一部、これまで処方されていた薬に関しては電話や情報通信機器で処方できるという内容は記載しておりますが、「既に診断されている慢性疾患を有する定期受診患者の血圧上昇等」と書いてありますが、一定の症状の変化に関しては、今般の感染のリスクを踏まえて、基礎疾患のリスクを把握しているかかりつけ医が病状の変化へ対応する。情報通信機器などを使って対応するというを考えてはどうかということで、記載させていただいております。

これまでこの3つについて触れておりますけれども、考え方としましては、下の緑の枠にございますとおり、対面診療を行わないことによる重症化や見逃しのリスクと、対面診療を行うことによる感染拡大のリスクとの比較考量なのではないかということで、まとめさせていただいております。

主にこの3つがこれまで厚労省のほうに寄せられた御意見等でございますけれども、それに加えて、今回検討会を持つに当たり、事務局から幾つか御提案をさせていただいておりますので、続けて説明させていただきたいと思ひます。

6ページは、今般の新型コロナウイルスの感染者の累計患者数が徐々に増えていっているところをお示ししております。右側が累計患者数の値でございます。それに伴い相談件数も一定程度増加しているものの、これに関する評価は難しいわけではございますけれども、なかなか相談が困難だという声も届いているところではございます。こういった様々なニーズがある中で、どのような対応をし得るかということは検討する必要があるかと思ひますが、7ページ目にございますとおり、これに関しましては、一定の発熱や上気道症状を有している患者さんを想定しておりますけれども、相談件数が横ばいだという状況もございますので、オンライン受診勧奨をよりに有効に活用することを検討したらどうかということで、これまで帰国者・接触者相談センターにまず相談する、あるいは状態が一定程度の症状がある場合は、かかりつけ医や一般の医療機関に受診するというルートがござ

いましたけれども、感染のリスク等々を考えた上で、電話相談やオンライン受診勧奨というルートを検討したらどうかということの一つ御提案させていただいております。

8ページ目「慢性疾患を有する定期受診患者の病状の変化への対応について」ということで、先ほども申し上げましたとおり、2月28日の事務連絡におきまして、電話や情報通信機器を用いて医師がこれまでの慢性疾患治療薬の処方を、「これまでも」と記載されていますので、基本的には同じものを想定していますが、処方したらどうかということを手務連絡では記載させていただいております。

これに対して、これまでオンライン診療で処方し得る範囲に関しましては、この指針の記載の太字にございますとおり、「在宅診療、離島やへき地等、速やかな受診が困難である患者に対して、発症が容易に予測される症状の変化に医薬品を処方することは、その旨を対象疾患名とともにあらかじめ診療計画に記載している場合に限り、認められる」ということで、そのシチュエーションとその方法に関して一定程度の限定が加わっていたわけではございますが、今回、9ページにございますとおり、事務局提案としましては、「当該患者に対して処方されていた慢性疾患治療薬を処方」と事務連絡に記載していたのに加えて、「新型コロナウイルスの感染拡大の状況を踏まえた必要性や有効性を考慮した上で、同一の疾患による症状に変化が生じた場合」。ここは例示として「血圧の上昇」と記載しておりますけれども、「電話による診療や情報通信機器を用いた診療で新たな医薬品の処方を可能としてはどうか」ということで、これまで同じものしか処方できなかったところを、一定程度かかりつけ医とか状況を把握している医師においては、既に診断されている疾患に関してですが、症状の変化に対して、新たな医薬品の処方というものを認めてはどうかということ、事務局提案をさせていただいております。

10ページ目、現在、新型コロナウイルス感染症が診断された場合においては、基本的には入院診療で経過を見ている。軽症であっても入院している状況ではございます。ただ、これまで専門家会合でも触れられたことがございますが、医療機関で診断された後に自宅療養をしなければならないという状況が今後生じることが予測されますので、そういった場合において、無症候、軽症の患者に対して、自宅での療養中に電話や情報通信機器による相談や診療を用いることで、在宅での経過観察を実施することとしてはどうかということ、今回御提案させていただいております。

どのような患者がその対象になるのかどうかということに関しては、恐らく専門家の会合とか、そういった知見のある方たちの中で議論されることかと思いますが、仮に自宅で療養することになった場合に、こういったオンライン診療が活用できないかということ、今回御提案させていただいております。

資料の説明は以上になります。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、まず参考人としていらっしゃる大曲先生、加藤先生に、今までの事務局からの説明を踏まえて御意見を賜りたいと思います。

大曲先生からお願いできますでしょうか。

○大曲参考人 国際医療センターの大曲と申します。今日はよろしくお願いたします。

加藤先生からは国の専門家会議が出している知見がございますので、全体の文脈を知る上で非常に重要だと思いますので、そちらのほうを御紹介いただきたいと思います。私のほうからは、実際現場で患者さんに対応している者として現状をお伝えしたいと思います。

私どもは感染症の指定医療機関でありまして、実際にコロナの患者さんの入院を受けております。今、10人ほどいらっしゃいます。それと新型コロナの帰国者・接触者外来の運営をしておりますので、紹介されてきた患者さん、あるいは独歩で来られた患者さん方の対応もしております。そういう状況で、特に外来について申し上げますと、まず何が起こるかといいますと、この1月以降多いのは、受付への問合せが非常に増えております。具体的には熱が出て心配である、あるいはせきが出て心配であるといった症状に関して、どうすればいいかという相談もかなりありますし、あとは、そのような風邪の症状でほかの医療機関の受診を希望したけれども断られてしまっている、どうすればいいだろうかという相談もあります。あるいは実際に相談先が分からないので、どこに相談すればいいのでしょうかといった問合せが来ております。参考までに、うちの外来はそういう意味では忙しいほうだと思うのですが、今日出てくるときに聞いてきますと、昨日の問合せは15件だったということをおっしゃいました。その結果、私たちの病院の外来に来られる方もそれなりの数いらっしゃいます。

実際に外来に来られますと、先週の金曜日からPCR検査が保険収載されましたので、一応お話を伺って、適用があるかどうかをちゃんと決めた上で検査を行っています。私たちは、PCRの検査を行っているということを公言して、ウェブサイトにも載せておりますので、その関係もありまして、かなり数は多くて、今日は17件ほど来られていたということをおっしゃいました。その中で陽性の方がもしいらっしゃれば、それ以降の入院・診療につなげていくということになります。

外来の状況は、雑駁に申し上げるとこういうところですがけれども、印象としてあるのは、相談を受ける頻度が非常に高くなったなと感じておりまして、自分の病状に対する不安ですとか、相談先が分からないことに対する不安は非常に大きい。それに対して、主に受付の方がそれに対応できない場合、ドクターが相談を受けておりますが、それなりに時間はかかる作業である。心配を一度受け止めた上で納得いただくという意味で時間がかかる作業であるということは感じております。

実際に専門外来に来られた患者さん方の診療に関しては、端的に簡単ではないなと思っています。具体的にコロナウイルスの感染症の蓋然性が高いかどうかというのは、患者さんを実際診て、話を聞いて、顔色を診てみなければいけないところは多々ありまして、拾い漏れをしないようにという意味では慎重に配慮をする必要があると思っております。

私からは以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、加藤先生、お願いできますでしょうか。

○加藤参考人 国際医療福祉大の加藤と申します。私のほうから疫学的、あとは現在の流行状況について、資料を使って御説明させていただこうと思います。

今、大曲先生のほうから実際の外来の様子が出てきましたけれども、参考資料6、私どもで作成しました手引の4ページです。御承知だとは思いますが、中国の武漢で今年の12月に発生した。もともとは動物由来のコロナウイルスなわけですがけれども、現在はヒトからヒトに流行が起きているということでもあります。

次のページに書いてありますように、飛沫感染が主体ということで、潜伏期は中央値で5～6日ということで、インフルエンザより少し長い潜伏期で、流行のスピードもインフルエンザに比べるとゆっくりしているような傾向があると思います。

6ページのところに典型的な経過というのが示されておりますが、8割の患者さんはインフルエンザ様の症状で軽快されるのですが、一部の患者さんで息切れ等の呼吸困難が出てきて、2週目に入って急激に悪くなる方がいらっしゃる。この一部の方につきましては、人工呼吸ですとか、あるいはECMOといったような集中治療が必要で、特に高齢者や基礎疾患のある方に多いというところがこの病気の特徴なのだろうと思います。ただ、先ほどインフルエンザの話をしたように、病原体診断をしない限りはこれが新型コロナウイルスの感染症かどうかというのは、臨床的には非常に難しい場合もあるということです。

続きまして、参考資料7、政府の専門家会議の見解というものを使って現在の流行状況等を御説明させていただきます。「感染拡大の防止に向けた日本の基本戦略」というところで書かれていますように、今は「クラスター（集団発生）の早期発見・早期対応」「患者の早期診断・重症者への集中治療の提供」「市民の行動変容」ということが三本柱というところで行われているところであります。

日本においては感染が爆発的な流行をしていないということで、クラスターが各地で見つかって、くすぶり状態というか、そのクラスターを早期に発見して、大きな流行を防いでいるというふうに専門家会議では考えているようでして、次の「国内の感染状況」のところでは下線が引いてあるところですが、一定程度持ちこたえているというのが見解であります。

患者数は、先ほど事務局の資料にございましたとおり、500人弱の確定例、PCR検査で確定した方が報告されているということです。

重症者患者さんへの対応ということが書いてありまして、特に現在は北海道が知事によって緊急事態宣言が出ておりまして、人と人との接触を可能な限り控えるということで、この効果について、あと1週間ほどでまた専門家会議のほうで評価をして、出てくるということになっております。ですので、クラスター対策をしつつ、現在は流行を抑えているというところでもあります。ですので、今後1週間ぐらいで新たな評価がされてくるだろう

ということが書いてあります。

最後のクラスターが生じやすいというところで、密閉空間ですとか人の密集というところの注意喚起が行われているということでございます。

私からは以上です。

○山本座長 どうもありがとうございました。

それでは、議論に入りたいと思います。資料1で事務局から説明をいただきましたけれども、ここの論点を中心に構成員の皆様方の御意見を伺えればと思います。どなたからでも結構です。どうぞよろしく願いいたします。どうぞ。

○南学構成員 東京大学の南学です。

まず、厚労省から出していただいた通達なのですが、電話とかファクスを利用することがうたわれていて、オンラインの診療と相談がごっちゃになっているように見えて、どこまでが診療行為で、どこまでが単なる相談なのか、その線引きがちょっと悩むところになります。医療安全上の観点から、うちの病院では原則電話とかファクスは禁止をしています。これは要配慮個人情報間違った人に伝わるといけないということで、もともと黒木先生みたいにオンライン診療のシステムが整っているところは全然いいと思うのですが、我々が通常のファクスをどうしてもしなければいけないときは、まず空ファクスを送って、向こうからファクスが届きましたというのをもらって、次に正しいものをファクスをして、受け取りましたかという確認をする。物すごい手間がかかることをやっています。これは実際間違ったところにファクスを送って、相手方から物すごく怒られて、辞めてしまった看護師がいるとか、そういった背景があるためです。

電話についても、例えば警察から電話が来て、今どういうことがあったので患者さんの情報が欲しいと言われたら、それは一旦切って、警察にかけ直せという指導をしているので、ここで非常に簡単にファクスで情報が送れますということは誤解なので、その手間を実際にどれぐらいかけられる病院があるか。普通の病院というのは電話相談用の回線がないので、いろんなものが来ると、そもそも回線がパンクしてしまうのではないかということに危惧していますので、そこら辺の切り分け。それから間違ったことが起こったときの免責事項を先ほど厚労省の加藤先生がおっしゃいましたけれども、そういったことをかなりきっちり決めていただかないと現場としては先に進められないというのが、私が周りから聞いた意見です。

○山本座長 ありがとうございました。

事務局から今の南学先生の御意見に対して、何かございますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 何点かいただきましたけれども、まず事務連絡に関しまして、一部相談なのか、診療なのか分かりづらいのではないかと御指摘をいただきましたが、こういった事態におきましても、診療なのか、あるいはここで言う遠隔医療相談なのかの定義は変わりませんので、参考資料3-1の5ページにございますので、改めて御確認いただければと思いますが、オンライン診療、オンライン受診勧奨、そして遠隔医

療相談ということで3つ定義しておりまして、基本的には医行為に該当しない部分が医療相談という整理で、今回の指針に関しましても、オンライン診療とオンライン受診勧奨がこの指針の対象。これは医師法の対象ということになっておりますので、やや表現ぶり、紛らわしい部分があるかもしれませんが、この原理原則に基づいて御検討いただければなと思います。

実際にファクスなどを運用するに当たって、本人確認などがなかなか難しいのではないかと御指摘もございました。オンライン診療におけるセキュリティーの考え方も同様かと思えますけれども、それに関しましては、前回の指針の改訂検討会でもございましたとおり、どのようにして本人確認をするのかということで、本人の身分証明書等々を使うという記載ぶりもこの指針の中で盛り込ませていただいておりますので、オンライン診療に関しましては、そういったところも御参照いただきながら御活用いただければと思います。ただ、今回のように患者の爆発的な増加があり得る中で、それがどれぐらい運用し得るのかということに関しましては、十分検討する必要があるかなと思っております。

○山本座長 今村先生。

○今村構成員 ありがとうございます。

先ほど大曲先生、加藤先生からいわゆる感染症の専門家のお立場で現状を御説明いただいたので、私のような末端のところ、現場で診療している状況を取りあえずお話をさせていただきたいと思えます。内科で診療しておりますので、今回のような事態を受けて、患者さん、慢性疾患の方は外来にはあまり来られなくなる。通常の外来よりも患者さんが減っているという状態だと思います。電話でお薬だけいただけないかという慢性疾患のお問合せもかなり増えている。いわゆる電話再診を活用したものというのは、現場の方も利用されているのだろうなという感覚を持っております。しかしながら、いわゆる一般の、今まで全くかかっていなかった方からの相談というものは、正直あまりありません。

今、一番困っていることは、インフルエンザの検査もなかなか実施できない。つまり、発熱の患者さんが来られたときに、インフルエンザの検査をしようと思うと、当然コロナウイルスの可能性もあるわけですから、防護服を着て、フェースガードをして、サージカルマスクをして、手袋をしてやる。当然の感染症対策で、インフルエンザでも一定程度のサージカルマスク、手袋、あるいは自分の身を守るため、あるいは周囲にウイルスを広げないための安全配慮をしながらインフルエンザの検体を取るわけですが、いわゆる防護具というものが今、枯渇している状況なので、現場でそれを行うことができないということは、結局、コロナがどうのという問題でなくて、感染症に対する検査は一般の医療機関ではできない状況になっているということです。

地方のいろんなお声を聞くと、そういった完全な防御対策をできないままインフルエンザの検査をしたら、後ほどコロナウイルスだということが分かって、その医療機関は濃厚接触者だということで、医療機関自体が閉鎖をしなければいけないという状況になっているという現状があります。

さらに、困ったことには、保険適用は通ったものの、帰国者・接触者外来がどこにあるかは通常の医療機関には公開されていない。そして、相変わらず保健所等を通さないと帰国者・接触者外来につないでいただけない。そもそも入り口の段階で適用がないからということで断られてしまっているのが現状です。

帰国者・接触者外来は、先生たちが非常にお忙しい、キャパシティーが飽和しているということが多分あるのだらうなと思っていますけれども、日本のPCRの検査が少ないということが問題になっている中で、もっともっとそれを拡大していくためには、帰国者・接触者外来の機能を高める、あるいは数を増やす。一般の診療所でもそういった検査ができるような防護具等を早急にそろえていただきたいというのが現場の声であります。

非常に難しい問題がいろいろあって、先ほど南学先生からも御指摘いただいたように、大きな病院と診療所ではかなり対応が違っているのかなど。つまり、診療所だと、大体電話がかかってきてもほとんどみんなかかりつけの患者で、声を聞いたら誰か分かるという状況の中で依頼があるので、そこでお薬を処方箋で送ってもそんなに間違えるようなことはないということで、大きな大学病院などとは相当状況が違っているのだらうなと思っています。まず、現状こうなっているということだけ申し上げたいと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

特段何かありますか。いいですか。

ほかにいかがでしょうか。山口さん、どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。

そもそもで、ちょっと確認をさせていただきたいのですが、今回オンライン診療のことで、新型コロナウイルスの影響を受けてということで、今日この会合が開かれたと思っているのですが、今日この提案があって、この場合はどうしようということ話し合うことは、一定の期間に限定してそれを適用するというふうな解釈でよろしいのでしょうかということがまず1つ。その一定の期間というのが、どういう状態になったらそれが解除されるということがもう決まっているのか。それも今、決めていくということなのか。流行期が結構長くなりそうな中で、一体どこまでの期間のことをここで話し合うのかということがちょっと見えないなと思いました。

それから、あれ。すみません。急にど忘れしてしまいました。

まず、そこだけ先に教えていただけますでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

まず、今回議論していただく内容に関しましては、あくまで新型コロナウイルスが流行している中で、医療機関に通院することによる感染のリスク等を比較考量した上で、オンライン診療がもともと持っているリスクもございますので、双方踏まえた上で、今、この場においては何がなされ得るのかということをお議論いただきたいということですので、当然新型コロナウイルス感染が一定程度ある中での措置になります。

御指摘いただきました「いつが終わりなのか」ということに関しましては、現時点で明

確に申し上げることは非常に困難で、どのような状況になったら感染のリスクが下がって、通常の状態に戻すのかということに関しましては、今後専門家会合やいろんな専門家の知見を踏まえながら、「終わり」の時点に関しては検討していきたいと思っています。

○山口構成員 よろしいですか。もう一つ思い出しました。今日ここで話し合ったことがどれぐらいのスピード感を持って実行されていくのかというスケジュール的なところ。すぐに適用できるのかどうかということも含めて、その辺りを教えていただきたい。

○加藤医師養成等企画調整室長 主に提案させていただいた内容は3つから5ぐらいあって、非常に難しいというものを含めて5つぐらいございますけれども、既に発出しているものもございますし、その中には今、既にできることと同義のものもございますから、やはりこういうものは有効だろうということで、ここで合意が得られれば、すぐさま対応できるものもあるかと思えますし、中には費用面とか、そもそも体制がオンライン診療としてあるのかというところも議論の対象だと思いますので、即時的にできるものと、そして実際に実施するには時間がかかるものとありますので、まずはできるものからということ念頭に置きながら御議論いただければと思います。

○山本座長 どうぞ。

○黒木構成員 黒木です。

私のところは小児科の一般の診療所なのですが、私のところ以外にも多くのところで今、どうということが問題になっているかと申しますと、ただいま今村先生からお話がありましたように、結局、熱が出た。だるい。せきがある。自分はどこそこに行ってきました。そこでコロナの患者さんが発生しました。どうしたらいいでしょうと。こういう患者さんは多いですね。そのときに僕らはほかの疾患の可能性が高いと考えてそれなりの評価をしますが、一体どの時点であなたはPCRをやったほうがいいと。その適用のところがどの辺が妥当かというところが分からない。それと、結局、そういう患者さんが増えてきますと、動線を別にするか、離れて待ってもらうか、何かしてやるのですけれども、だんだんそれも限界になってしまう。その辺りが現在は困っているところです。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかに御意見。金丸さん、どうぞ。

○金丸構成員 ありがとうございます。

まず、厚労省にお伺いしたいのですが、先週、私が所属している未来投資会議で民間議員のほとんどの先生方からオンライン医療、あるいはオンライン服薬について徹底的に進めるべきだという意見が出ました。それから、昨日経済財政諮問会議で、これまた民間議員の4名の方の連名で同じような趣旨の提言があったのですが、今回この会議の設定、招集されたのはもう少し前だったのではないかと思いますけれども、今の政府の全体の動きの中で今日の会議がどんな位置づけになるのか。それから、今、今村先生からも御指摘があった、今回非常時の、特に感染症に対する我が国のウイークポイントがどんどん顕在化したと思うのです。先ほどの検査体制も含めて、あるいは民間の組織の有効活用も含め

て、全体像も考えていかなければいけないと思うのです。その中のオンライン医療と。今、山口さんがおっしゃられた緊急対策としてこの会議の位置づけがあるのか、それとも、今、ほとんどの人たちは徹底してこれを推進すべきだと思っていて、これまでオンライン医療の窓を開けることについては慎重な議論があって、デメリット、メリット、深い議論があって、進めてきたのですが、慎重がゆえにオンライン医療の利用者はそもそもそんなにたくさんいないわけですね。

こんな非常時になったときに、本当はニーズはあるのだけれども、日頃使っていないものだから、まずITリテラシーの壁が出てきたりするわけです。これはまさしく今、企業がテレワークとあって、一斉にテレワークと言ったのですが、テレワークの準備はしてはいたはずなのですが、日頃から使っていないから真のテレワークになっていなくて、すごく中途半端なテレワーク。それ以外も、フレックスタイムという、コアタイムがあったものが、コアタイムというのは、今の人が集わないほうがいいのだということに対してはむしろ障害になっていたりする。だから、今回、社会全体の課題が顕在化したと思いますけれども、そういう全体と今回と、それから大きな方向性としては、徹底して推進すべきだと思っていられるのか。また利用の幅とか深さとか条件を少しずつ緩やかに緩和していくおつもりなのか。

私は、今回は生まれ変わるチャンスだと思うのです。要するに、デジタル化がこんなに後れている社会で、お隣の中国と比較したら、あんなピークを迎えて。感染症の先生方の御評価は分かりませんが、一応終息しているかのごとく。我が国のほうが対応が後れているかのごとく言われているところもあって、今回はデジタル化が後れている国全体が生まれ変わるチャンスだと思っていて、その辺を迫井さんにお聞きするのがいいのか、加藤さんにお聞きするのがいいのかよく分からない。まず全体の話を聞かせていただければと思います。

○迫井審議官 御指名もありますし、対策本部にもおりますので、今の御指摘は大変重要な、この会議をナビゲートするに当たっての私どもの認識だろうと思います。感染の動向というのは日々変わってきておりますし、それから日本国内全体を見ても、発生動向も必ずしも日本均一ではなく、北海道の例がよく出ますし、あと、俗に言うクラスターというような局面があります。通常行っていく公衆衛生対策としての感染症の制御は地道に着実にやっていますし、今日は医療の提供者の方々に係る議論が中心だと思いますが、医療の提供者のみならず、行政ももちろんそうなのですが、一般の国民の方々にいろんな行動のお願い、場合によっては制限、総力戦でやっていますと。こういう話だろうと思います。

今、金丸構成員がかけられた点にまず全体の整理として申し上げますと、多くの局面については御指摘の局面があると思います。例えばそもそもITリテラシーとか、オンライン診療については、何も今日急に始まった話ではなくて、ここ数年と言ってもいいと思いますし、いろんな取組があって、うまく普及できていないという御指摘もある一方で、そこ

は慎重にという御意見もありますし、そういう意味で着実に、少し歩みが遅いという御指摘は多分あると思うのですが、進めてきているということだと思います。

ただ、一方で、先ほど申し上げましたような新型コロナウイルスの肺炎をはじめとして、この感染症、国民の皆さんを含めて、これにどう対峙していくのかということを考えたときに、冒頭の話に戻りますと、帰国者・接触者に係る相談、外来から始まって、今、少し幅広い地域の発生もあるものだから、そういった方々をどう適切に診療に誘導する、検査を実施する。一方で、インフルエンザあるいはほかの発熱との区別も必要なので、医療機関で今村先生がお話しになったような悩みもあるということだと思います。

整理すべきは、先ほど私もお話をしましたように、地道にオンライン診療をいかに進めていくのかというのは、不断の努力とともに適切な整理とか合意形成を積み重ねていくことが重要だと思いますので、金丸構成員のお考えとは少しかみ合わないところがあるのかもしれないですが、これを機会にというよりは、やはり着実に進めていくべき、広めていくべき有用なオンライン診療の部分と、この感染症といかに対峙していくのかという部分と、一致するところもあるのですが、これを機にということよりも、むしろこの感染症との対峙において、オンライン診療をいかに有効に活用すべきかという視点が重要なのではないかなと私どもは認識をしています。それは先ほどの山口構成員の話に結局戻るのですが、今はそういう意味では通常の診療体制と少し違った状況になってきていますし、現に今村構成員もおっしゃったように、外来の診療も大きくさま変わりをしてきているわけだから、今日は今なすべきことというのをぜひ御議論いただきたいと思っていまして、場合によっては非常にスピーディーに対策全体に組み込む必要がありますし、そういう体制を私どもとしても可能な限り取りたいと思っています。

ですから、今日御議論いただいたことを非常にスピーディーに日本の診療体制に組み込むべきは組み込むということだと思います。ただ、それが今後、通常の診療に大きく組み込まれていく、これが事実上、通常診療と一体化していくのだというのは別儀の話だろうと思いますので、そこは分けていただいて、あくまで今日の御相談事は、このタイトルのおりで、新型コロナウイルスの患者さんなり感染をいかに防ぐ、対峙していく上で何ができるのか、何をすべきなのか、そういう視点で御議論いただくということが私たちのお願い事だろうと思います。

○山本座長 では、高林先生、どうぞ。

○高林構成員 内科学会の高林です。

今、お話を聞いて思ったのですが、迅速にコロナウイルス対策として導入を図りたいというのは、たくさんの施設が今、考えているわけです。そういう意味では、これに関してはすぐに始めたいのだけれども、これに対してどういう問題があるかということ、一つは自分たちでやりたくてもできないので、当然ベンダーに入っていたかなければいけない。ベンダーと契約しなければいけない。次には厚生局に申請をして認可を受けなければいけない。そんなことをやっていると、私も国立大学病院に関係していて、つい先日、院長に

承諾を受けて始めることになったのですが、大体2か月かかりますというわけです。今や
って6月ですね。これではとても間に合わない。そこら辺のところは、今までの形と違っ
て何か簡素化するとか、申請に関しては迅速に対応していただくようなことを考えて
いただく必要があるかなと思いました。

○山本座長 ありがとうございます。

では、今村先生、どうぞ。

○今村構成員 先ほどの金丸委員のお話、今回の新たな感染症対策の全体像を考えるとい
うことは非常に重要なことだと思っていて、先ほど加藤先生からも御報告いただいた国の
専門家会議の中でも早期発見ということがうたわれていて、早期にコロナか、コロナでな
いかということ判断するというのは非常に重要なことだと思っていますが、残念ながら
いろんな問題があって、保険適用されたPCR検査も現場でどンドン広がっているわけでは
ないという状況にあります。

尾身先生がたしか今までのルール、37.5度以上の発熱が4日間あったら検査をというよ
うな一つの条件を言われていて、質疑の中で、本来高齢者は1日でも2日でも熱が出たら
調べるのが本当は望ましい、しかしながらキャパシティーの問題でできないのだという御
発言もされていて、コロナ対策をするには、まずはそういった環境整備をしっかりと
いうことが物すごく大事で、あたかもオンライン診療ができればコロナ対策ができるとい
うような誤解を与えてはいけないと思っていて、それぞれの医療機関の判断で、例えば慢
性疾患の患者さんが自院に来院しなくても済むようにするために体制を取りたいという例
えば高林先生のような御意見があれば、それは今までの仕組みの中でできるわけで、時間
の問題というのはあろうかと思えますけれども、先ほど申し上げたように、電話再診等
もそれをうまく活用すれば対応できるわけですね。

ですから、熱が出ている高齢者の患者さんが、初診であろうが、再診であろうが、それ
に対して安易に解熱剤を処方するということは、長期的に見たコロナ対策としては適した
ことではないと思っています。ですから、まずは全体像として国がどういう体制をしま
り取っていただくかということ考えた中で、オンライン診療、あるいは診療ということ
ではなく、オンラインの受診勧奨を徹底するというのも大事だと思っていますので、そ
の辺を整理して。

先ほど南学先生からも相談の話と診療の話とございましたが、感染症をオンラインだけ
で対応することは現実的にはできないことですので、そういった勧奨、相談をしっかりと徹
底していただくのに活用するというところでよろしいのではないかなと思います。

○山本座長 南学先生、どうぞ。

○南学構成員 今の今村先生の話と関連するのですが、私は今、アジア太平洋腎臓学会の
理事長をやっていて、各国のコロナ対策もやっています。台湾腎臓学会と中国腎臓学会の
合同ガイドラインを英訳して送ってきたのですけれども、そこには「All patients who
need vascular access surgery should be screened for novel coronavirus before the

surgery」、それから「All patients who have fever should be screened for novel coronavirus infection, and should be given dialysis in the last shift of the day until infection is excluded」と書いてあって、少なくとも台湾、中国では非常に幅広くスクリーニングがやられているので、やはり日本でもぜひそういった体制を早急に整えていただきたいということを切に願っています。

それから、先ほどの迫井先生のお話で、これは緊急対策だということで、私は東日本大震災のときに緊急医療支援チームで南三陸町と気仙沼に行っていますけれども、そういった場合は明らかに医療資源とニーズの不均衡というのが、患者さんの目から見ても分かるので、そもそもみんな病院が流されて、お寺の境内で薬かばんを持って診療をしている人に最先端の医療をしてくださいと誰も言わないです。

ところが、今回は建物はそこにあって、医者もそこにいて、だけれども不均衡が起こっているということが目には見えないので、非常時に対応するというのであれば、加藤室長が従来 of 枠組みを守って診療は診療、相談は相談ということをおっしゃっていましたが、非常時は不均衡に対する別の枠組みを設けないと駄目だと思うので、一過性にどういう枠組みで対応するのか、それとも従来 of 枠組みを守って単にできる範囲内で活用してくださいねという話なのか、それは非常に大きな違いだと思いますので、その大方針もぜひもう一回御確認いただければと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

では、山口さん。

○山口構成員 私たちのところにも、症状があるのだけれども医療機関に行くことが不安で、行ったらコロナにかかるのではないかという声も最近になって出てきているところです。だから、多くの方にとって、医療機関に行くことの危険性とか、そこでまた広がってしまうと、医療機関自体が閉鎖されてしまって行き場がなくなるとか、そういう問題が結構あるのではないかなと思っています。

今回この資料を見させていただいたときに、まずオンライン診療でコロナを診断することはあり得ないことだと思いますので、それは別だとしたら、どちらかというところ、今までかかっている慢性疾患の方が、同じ薬だったらオンライン診療でなくても薬を出せると。ただ、症状がそこよりもさらに進んだときにどうするかという問題で、今の提案だとすれば、オンライン診療をやっている方は、少し進んでも認めるようにしましょうかという話があるのだと思いますけれども、私はそうではなくて、事務連絡と同じレベルで、オンライン診療以外のかかりつけのドクターであれば、この範囲だったら受診しなくても電話とかファクスで対応できるというところに拡大するということが現実的なのかなと。

というのも、オンライン診療のことで2年間ぐらいずっと話し合っているにもかかわらず、実際に算定されている診療報酬の点数を見ているとかなり少ないということで、今までの議論は何なのだろうと思うことが結構あります。そうすると、先ほどから出ているよ

うに、きちんと体制を整えてからやろうとなると、対象になる患者さんがぐっと減ってしまうと思うのです。今、クリニックとか薬局でも処方箋がすごい減っているという話を聞きますので、それは行く必要のない方がこれまで多かったのか、それとも本当は行きたくても行けずにいるのか。真意のところは分かりませんが、不安な方が医療機関に行くということをせずに。その範囲、線引きは非常に難しいなと思うところですが、かなりオンライン診療をすることのハードルというか、体制を変えるのか、それともオンライン診療でない形で対象にする方を増やすのか、そこは議論をしていかないと、せっかく話し合っても多くの方の恩恵にはつながらないのかなと思いました。

○山本座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○黒木構成員 今回の山口構成員や今村構成員の話を伺って、実際に私が小児科の診療所でやっているのはどういうことかという、1つはオンラインでコロナに関する医療相談を始めました。これは市の助成を受けております。これは相談者は少ないですがいらっしゃいます。

それから、多くの診療所で混乱していることは、この資料の5ページに3つのレベルがありますが、一番下の慢性疾患の方に処方するというのはできるわけです。一番上のコロナの疑いがある程度強い場合は、一般診療所では対応できない。2番目の軽度の発熱、頭痛云々かんぬんというのは、ほかの疾患の可能性が高いわけです。でも、コロナの発生地域に行ったとか、そういう場合にどういう対応をすればいいか。私は、2番目の方をオンライン診療で初診で診ることはできないと考えています。ただ、ケースによってはフォローをオンラインでやってもいいかなと。悪くなっていないかどうか。その辺りの適用はありそうだと考えています。

あともう一つ、オンラインをやっている医療機関に関してですが、診療所レベルで登録されているのは多分2,000~3,000ぐらい。その中に例えば小児科や内科や感染症の専門医も幾らかはいると思うのです。そうしましたら、例えばPCR陽性で、自宅で安静にしている方は、例えば大曲先生のところなどと連携して、自宅待機中をオンラインで、サチュレーションモニターなどを渡してバイタルは見てもらえばいいですから、軽症の患者さんをオンラインでフォローする。この辺りはよい適用ではないかと考えています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

今もお話があったのですが、私も昔、臨床医だったのですが、新型コロナ肺炎というのは、悪くなると肺炎になるわけです。肺炎になるかどうかというのを判断するのが非常に重要な局面なのですが、これを問診と視診でやれるとは絶対に思えないのですが、今の新型コロナウイルス感染症に関しましてオンライン診療で行うということに関して、大曲先生、加藤先生はどのようにお考えでしょうか。所感で結構ですので、お願いできますでしょうか。

○大曲参考人 端的には難しいと思います。どの程度の患者さんを入院させるのかとか、その辺りが一つの鍵だと思うのですが、今は画像の検査、PCRの検査は非常によく言われますけれども、それは決定的なものではなくて、苦しそうであるとか、生汗をかいているとか、そういったもののほうがよほど参考になるわけです。それらを見てとるのは、僕はそれをオンライン診療でやっているわけではないですが、現実には実際に見ることが必要である仕事ではないかと思っています。

○山本座長 ありがとうございます。

加藤先生、いかがですか。

○加藤参考人 私も非常に難しいのではないかと。私のグループの病院でまだ限られた患者さんしかないのですけれども、自覚症状、咳嗽などの症状とSpO2の値が結構乖離するようなケースもあって、ほとんど症状がないのですが酸素化が悪いような、お話をしている限りではあまり重症そうに見えない方も肺炎を起こしているというケースがありますので、問診、視診だけというところでは非常に難しいのかなと考えております。

○山本座長 ありがとうございます。

ほか。落合先生、どうぞ。

○落合構成員 ありがとうございます。

今、先生方に議論していただいている中で2つ論点があり、1つは慢性疾患の方がどうなのかということと、もう一つがコロナかもしれない患者の方にどうするのかということだと思います。黒木先生もおっしゃられていたように、議論を伺っていて場面分けをしっかりとしていくということが非常に重要なのではないかと思います。

資料1の5ページに3つのタイプがあると思います。新型コロナの感染かどうかというのを判断するのは、オンライン診療では難しいであろうというのが一致した御意見だと思います。他方で、7ページの図でいただいている中で、電話相談とかオンライン受診勧奨を一定の切り分けに使っていくと。この部分については恐らく有用性がありそうなのではないかというのが意見だと思いますので、これは進めるべきように思います。コロナという中でも細かく場面を分けて、黒木先生から、陽性と判定された後のフォローアップについて、専門家と組んでということは、別途オンラインということも考えられ得るのではないかというお話もあったと思いますので、こういう場面に分けて議論、評価をしていただけるといいのかなと。

私は医師ではありませんで、5ページの2番目のタイプについて、医学的にどちらがいいのかというのは分かりませんが、他方で、慢性期疾患の患者さんにつきましては、今村先生からも病院に来院されている方が減っているというお話もあったかと思っております。恐らく基本的に医療機関に継続的に来られている方というのは、必要だから来られているのだらうと思いますが、どうしても受け控えをされてしまっていて、必要な診察とか薬の処方を受けていないということだと思います。このような慢性期疾患の場合については一定程度リスクも管理し得るのではないかというのは、黒木先生もおっしゃられていたとこ

ろだと思しますので、こういった慢性期については一定程度さらに活用するような方向で、また分けて議論をいただけるといいのかなと思いました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

では、袴田先生のほうからお願いします。

○袴田構成員 外科学の袴田でございます。

今、お話を伺っておりまして、確定診断。診断という面と診療補助の面とで考える必要があるという御意見かと思って拝聴しました。診断に関しては、診断できないということですので、オンラインの受診勧奨を進めていく以外には方略がないかなという感じを持ちましたし、一方で、診療補助という形で山口先生から先ほど御意見がありましたことに関しては、原則論をどう考えるかということかと思っております。

ちょっと気になりましたのは、金丸先生が先ほど大きな枠組みの中でオンライン診療をもっと有効活用すべきだという御意見に対して、恐らくオンライン診療ということとオンラインということが一緒になって議論されているのではないかという感じを持ちました。例えば、今、多くの方が交通整理がうまくいっていないがゆえに不安を感じていると。そのために、例えば4つの症状があった場合には、これこれこういうステップをとって効果的な診療システムに入っていくようなところまでをオンライン診療という概念に捉えて、もっと積極活用すべきではないかと捉えておられるのではないかと思います。そういたしますと、従来ここで議論されてこられたオンライン診療の枠組み相当ということになってまいります。

ですので、今、国民の方々が一番心配に感じている、あるいは現場の先生方がどう対応しているのか分からないということに関して、交通整理ですとか受け皿の問題をオンラインでやるということといわゆるオンライン診療とは、一般の方の捉え方というのが、オンライン診療をもっと活用すべきだという場合にちょっと幅が広いのかなと感じました。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○島田構成員 島田です。

在宅医療と一般外来、それから産業医活動をしている関係のことでお話しさせていただきます。5ページ目の資料の「対面診療を行わないことによる重症化や見逃しのリスク」というのは、患者自身のリスクもありますし、その方が無自覚で、クラスターとなって感染拡大するというリスクも考える必要があると思います。

また、具合の悪い方が診断能力のない医療機関に足を運んでしまう。分離の待合室とか分離の診察室もないところで患者同士に感染させたり、また、医療者の感染ということも起きていますので、医療者が感染する場合は、まさに重症化しやすい基礎疾患を持っている人とか高齢者に数日間感染拡大してしまうということで、非常に危険な結果につながる

可能性があると思っております。

1 番目の診断はオンラインでは難しいと思いますし、かつ重症化をつかまないといけないので、レントゲンやCTで肺炎像があるかどうかの確認が必要ということも考えれば、なおさら難しいだろうと思います。

山口構成員がおっしゃるように、オンラインに限らず、今、電話再診で継続情報ができるようになったように、電話再診も含めて、かかりつけ医で通常の基礎疾患を把握している患者については、新しい処方、例えば血圧の薬を別の種類を出してみるとか、そういうところまで拡大する必要があると思うのです。

というのは、私どもは在宅医療で、例えば老人ホームも行きます。老人ホームは通常50～70名ぐらい入居者がいますが、ほぼ同じ人数の介護従事者が働いている。老人ホームは今はまだ面会制限をしていないのです。そうすると、入居者の背景には介護職員の家族、面会に来る家族ということで、恐らく4倍ぐらいの人がいるところに私たちも訪問しているわけです。ということ考えたときに、血圧の薬とかそういうものの調整は、定期の診療と別に、臨時であるときにもある程度把握しているものについては御許可いただくようなことがないと、医療者の感染ということもあるかなということをお心配しております。

それから、軽症の人への解熱剤などの投与ですが、基礎疾患を把握しているとか、かかりつけ医というのは、ちょっと定義が難しいですね。たまに風邪を引いたときには〇〇医院に行っている。これもかかりつけ医ですけれども、通常の継続通院はしていないわけです。そういうケースとかで安易に解熱剤を出すことで、御本人が無自覚で、コロナの疑いをきちっと対面で診たり、そういうことができない中で拡大してしまうということもあると思いますので、この辺りはオンラインの受診勧奨とか電話での受診勧奨を活発にさせていただくところではないかなと思っております。

実は産業医のことも今、困っております。法令で毎月か隔月、産業医が訪問するのですが、結構な会社がテレワークを始めていて、先生が来るために会社に出勤させないといけないのかと。法令を守るためには、月1回来なかったことが、後で労基署が怖いわけですねというのものもあるけれども、かつ医療者というのは一番のハイリスクの人たちですね、先生が産業医専門で、一般患者を診ていないならばいいのだけどということまで言われたりするので。ですから、実はこういうところにもまさにそういうオンラインなどが必要ということで、それは診療と別に、医師がやっている社会的な大事な仕事の中にあるということをお伝えしたいと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

高倉さん。

○高倉構成員 高倉です。

1点確認したいのですが、今回想定されている慢性疾患の方のかかりつけ医の話ですが、実際に実例が出ていますが、かかりつけ医が感染した場合、長期に現場から離れるという事態が発生するわけですが、その場合は、しょうがないから初診扱いとし

てほかに行ってもらおうという話にするのか、何らかの救済措置を考えるのかとか、ちょっと考えておかないとまずいのではないかなと思います。

私は関西なので、和歌山のほうで外来がぱたっと止まってしまったというのもあって、和歌山の県の方とかもすごい走り回っていましたし、一定期間、下手したら1週間病院が開かないということが起こり得る。そのときにほかの病院に当たってくださいというのがどういう。もちろん、受診勧奨という形で誘導していくのは大事だと思うのですが、そういう情報を一般の方はお持ちではないというのが今、一番気になっています。これが一つです。

もう一つが、経産省さんが来られている前で言うとあれかもしれませんけれども、今日LINEと契約されて、オンラインの健康相談を始められていて、それがどうこうという話ではなくて、そことうまく連携していただかないと、経産省さんがやられていることは別ですよという、国全体で見たときにちぐはぐの対策になってしまいますので、そこはぜひ連携していただきたいと思っています。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

最初に御指摘いただいた点は、昨年度のガイドラインの見直しで、一応医師に不測の事態があった場合で、なおかつ患者の情報がある程度共有できている場合は、初診ではなくて、オンラインで継続できるというふうにガイドラインを改正しているのです。要するに、「ある程度患者の情報を共有できている」という部分を広げるか広げないかというのは、若干議論があるところだと思いますけれども、その議論は昨年度の中で結構中心的なテーマではありました。

ちょっと整理をしますと、皆様方の御意見は、当然ながらこのような感染症に対して、オンラインではなくて、日本の医療体制そのものの充実が必要であろうと。これはあまり異論のないところだと思いますが、それを前提としてというのはなかなか難しいですけれども、それを前提として考えると、5ページの一番最初のコロナウイルス感染症の疑いのある患者の場合は、オンライン受診勧奨を活用して適切な方向を医療従事者が示すということが一番活用すべきことだろうと。

2番目のこれは、上気道炎という診断がついていればいいですけれども、万病は風邪様症状で始まって、白血病も急性肝炎も急性腎炎も最初は風邪様症状で、感冒様症状で風邪と診断ができるのはよほどの名医。ほかの病気でないことが分かって初めて風邪と言えるわけですから、そういう意味では、これも確信は不可能ですから、受診勧奨を中心に対応していくべきであろうというところに関してはいかがでしょうか。それほど御異存はないと思いましたが、よろしゅうございますか。

はい。

残るは、大きく分けると2つあって、1つはいわゆる慢性疾患で、現在フォローアップしていて、今までオンライン診療を使っているか使っていないかは別として、そういう患

者さんは、医療機関が怖くて行けなくなることによって治療が中断することに比べれば、はるかに治療の継続が大事ですから、オンライン診療でそれが継続できるのであれば、それも活用すべきだと思いますし、一方で、若干の症状の変化。今まではDo処方以外は基本的には駄目だったわけですが、例えば血圧が上がったとか、あるいはストレスで血糖が上がってきているみたいなきに、自己測定をしているという話ですけれども、そういったときに処方の変更をある程度緩和してはどうかということが提案されています。

もう一つは、新型コロナウイルス感染症ではありますが、ほとんどの人は軽症で経過をする。今のところは感染症法で、とにかく見つけると入院というのが原則になっているわけですけれども、恐らくベッドはもう足りなくなってきているでしょうし、そういう意味では、自宅で経過観察ができるような方を帰してしまって、そのままでもいいのか。あるいはそれに対して例えばSpO2モニターを貸与した上で、オンライン診療を活用してフォローアップするという。これはある意味急性疾患で、今まで認めていないのですが、この間の特例として、一旦外来または入院で診療した人を自宅でフォローアップするときの活用というのを積極的に認めていくか。これぐらいの論点ではないかと思うのですけれども。では、今村先生、お願いします。

○今村構成員 今、座長から御指摘いただいた2点について確認も含めて。最初の既に診断された慢性疾患で、定期受診の患者さんは、オンライン診療の場合には計画書をつくりますね。そうすると、今おっしゃったようなことが当然起こり得るわけで、それを事前に記載してあれば、それは可だと。同じように、電話再診でも、例えば自分で血糖を測定しているのだけれども、最近ストレスで血糖値が上がっている、もしくは血圧が上がっているけれども、先生、どうしたらいいですか、医療機関には行きたくないのですと言われた方に対して、電話再診は事前の計画なんかつくっていないわけです。その辺は違いを設けるのか、こういったコロナの緊急時であるから、緊急時に限ってどちらも。つまり、オンラインということだけに限るのではなくて、そういったICTを活用した、あるいは電話再診の枠組みを使って可能にするかどうかということについての御意見を伺いたいというのが1点です。

それから2点目は、私もすごく大事だなと思っていて、要するに、出口がないと、帰国者・接触者外来がパンクすると。したがって、先生たちが入院患者、軽症の患者にもかかりっきりで忙しくなっているために外来を受けられないと。これは望ましいことではないので、いずれある程度患者が増えてくれば在宅で診ていくということもあると思うのですけれども、その場合、それは経過観察という枠組みの中で、例えばオンラインでなければできないと。つまり、電話で病状を日々確認するという枠組みではいけないのかどうか。つまり、オンライン診療というものに限って議論するのではなくて、もう少し別の枠組みの対応もあり得るのではないか。つまり、電話での経過観察でもいいし、オンラインでも画像があるのだから、それでいいでしょということだと思いますけれども、その辺の2点について、厚労省のお考えを伺いたい。

○山本座長 事務局のほうからお願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 1点目、2点目ともにそれがオンラインでないといけないのか、電話でも行い得るのではないかという御指摘だったと思います。1点目、慢性疾患の方に関しましては、山口構成員からも御指摘がありましたとおり、オンライン診療で慢性疾患のフォローをされている方が相対的に大分少ないという現状を鑑みる必要があると思いますが、そういった観点で電話等再診でも行い得るべきではないかという御意見は、先ほども出てきております。この点に関しましては、本来このオンライン診療検討会の対象外というか、オンライン診療であればどういうことができるかといったところが本来この検討会の所掌でございますので、少しそれを超えている部分がございますので、ここで私のほうから全て明言することは難しいかと思いますが、今回の御議論の中ではそういったところも含めて検討すべきだったと受け止めております。

2点目の陽性の方を御自宅で診る場合におきましても、同様に全ての患者さんがいろいろなデバイスがあるわけではないですし、もちろん診療する側もオンライン診療に慣れているわけではございませんので、電話において十分に診療し得るのかといったところも本来であれば論点になるところだと思いますので、その点を含めましてもオンライン診療検討会だけでは十分に結論を得ることができませんので、本日いただいた御意見を踏まえまして、検討する場というところも含めて、またコロナ対策本部のほうでも持ち帰らせていただきたいと思います。

○山本座長 高林先生。

○高林構成員 内科学会の高林です。

私自身は内科医で、ほとんどの患者に外来で免疫抑制剤を使っているのですが、全員が今、病院に来たくない。僕には会いたいだけでも、先生、ここに来るのは怖い、待合室が怖いということで、極力待合室には発熱の患者を入れないようにはしていますが、それでも怖い。そうなる、電話で処方箋ということになるのですが、それはずっと電話で処方箋というわけにもいかないし、電話というのは非常に限られていて、私と話をするわけではなくて、多くは事務員と話をし、処方箋だけ下さい、薬だけ下さいということになってしまうので、その意味では、オンライン診療の意味は非常に大きいです。お互いが顔を見てどうなっているのか。

そこで私のお願いは、例えば血圧が上昇した場合などとありますけれども、そうではなくて、定期的に診ている患者を、一定の期間に限っては、こういう理由があるので、慢性疾患に関してはオンライン診療に切り替えてもよろしいというふうにしていただくと、大分違うかなと思うのです。電話で話をすると実際のオンライン診療で診るのはレベルが違いますから、まさにオンライン診療そのもののよさが出てくると思っていて、このところは考えていただきたいなというところなのですが、いかがでしょうか。

○山本座長 事務局から何かありますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 まさにそういった点も含めて、本日御議論いただければ

と思っております。

○山本座長 議論するとすれば、今のオンライン診療開始時は、ずっとフォローしている患者さんですから、初診ではないので、それは全然問題なくて、保険点数の問題はちょっと別にして、医師法上やっていいか悪いかというのと、あとは診療計画書を作成して保存するというところをどう扱うかというところ。

○高林構成員 そこら辺の簡素化が必要になるかなと。

○山本座長 そこだけですから、そこをどう扱うかということですね。あらかじめつくっておいて、患者さんに説明からやるとなると、1回来ていただかないといけないので。

○高林構成員 そうしないといけなくなってしまう。例えば血圧が上昇した場合というのは、結局、患者さんの訴えなのか、何なのか、これは連絡がなければできないわけですね。

○山本座長 どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

9 ページ目の最後の文章に、慢性疾患を診るところで御提案させていただいているのは、「可能な限りで想定し得る範囲の症状の変化をあらかじめ患者やその家族等に伝え、その内容について、診療録に記載しておくことが望ましい」ということで、今までは診療計画書をつくるということにしておりましたが、こういった感染症の拡大の時期でございますので、この代わりに診療録に記載ということで代替してはどうかというようなことも併せて御提案させていただいております。

○山本座長 どうぞ。

○今村構成員 今、緊急時だからというのはよく理解はできます。しかし、オンライン診療を使用する、しないは医療機関側の選択で、まさしく自分はこれが患者さんにとって有効なツールであると思えば、電話からオンライン診療に切り替えていただければいいと。その際に診療計画というものが非常に煩雑なので、それができないと。だから簡素化するというので、今、加藤さんのような御提案があったと思うのですが、これは医療者として、患者さんに責任を持って診ておられるわけですから、それを対面でつくるかどうかは別として、一定の文書の形で診療計画というものをつくった上で、患者さんにオンライン診療の場でお見せして、こういう計画でやりたいのだけれどもよろしいかというような了承を取ることが必要だと思います。あるいはファクスでもいい。始める前にファクスで流して、それからオンライン診療に入るとか。カルテだけに書いておけばいいというのは、患者さんからすると、もちろんカルテは患者さんのものでもあるわけですが、自分で直接見て確認しているわけではないわけで、それは患者さんと医療者の間のきちんとした了解というものが必要なのではないかなと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

この点に関して御意見、いかがでしょうか。落合先生。

○落合構成員 今の診療計画を診療録のほうに記載しておくということについては、患者さんの側でも、何らかの内容を分かったほうがいいという今村先生の御指摘はもっと

もだと思えます。ただ、診療計画をそのままつくるというのは大変だということは高林先生もそのような御意見なのかなと思っておりました。そうすると、診療計画をそのまま作るわけではないにしても、診療録に書いたものを、例えば文書に限らず、電磁的記録で見られるようにすると宜しいのではないかと思いました。ほかの場面でも文書で渡すところについて、「電磁的記録も含む」としていると思えますし、例えばオンライン診療のサービスを使っている場合であれば、そういうメッセージなどを送ったりすることもできると思えますので、エビデンスにちゃんと残るような形で何がしかの診療の予定は医師から患者さんに御提示するという形で整理いただくと、計画文書作成による煩雑さも生じないですし、患者さんも後で見直せて良いという状況になるのかなと思いました。

○山本座長 ありがとうございます。

山口さん。

○山口構成員 これまでもオンライン診療のときには、患者の自覚ということ、オンライン診療に移るのだということの自覚が大事だということで、ずっとガイドラインの議論をしてきたと思えます。確かに緊急ということですが、それを患者が全然自覚しないままにオンライン診療をやっていたということになるのは、原則からしておかしいかなと思えますので、切り替わる時点であまり厳密な手続でなくても、きちんと患者が自覚できるような手続はあってしかるべきかなと思えます。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。南学先生、どうぞ。

○南学構成員 最初の山口委員のお話に戻りますが、結局、これが非常事態であるので、ふだんとは違う対応を医療機関がすることを認めますみたいな宣言が出て、かつそれがどういった状況になったら解除されますということを厚労省として今後言っただけなのか、それともそれは空気を読んでみんな自主的にやってくださいという話なのかというのが、我々は気になっています。

あと、先ほどの加藤室長のお返事を伺うと、電話診療とかそういった話はオンライン診療検討会の範疇外ということなので、今回はとにかくオンライン診療を行う設備があって、それを利用するというのが大前提のお話なのか、それともそれ以外のものも活用して非常時に対応してくださいという話なのか、その2点を確認させていただければと思います。

○山本座長 どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今の点でございますけれども、先ほど加藤が申しましたのは、今回の検討会はオンライン診療のことでありますが、その他いろんな御指摘もいただいておりますので、コロナウイルス感染症対策全般の議論、医療体制を含めた中で、これからいろんな通知なり何なりで出していくことにしております。その中で再診についての取扱いというのも当然触れさせていただくようなことになると思えますので、今日はオンライン診療のことを重点的にいただきたいですが、併せまして、いただいた御指摘も事務局のほうで全省的に少し議論

の対象としては考えていると。そういう形でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

オンライン診療は、患者さんのリテラシーによるところが多いので、そういう意味では、医療機関側が決めたならやれるというものではないので、使えない患者さんに対してもできるような方策を厚労省のほうでしっかり考えていただけると助かります。

○南学構成員 もう一つ、期間が限定、明示されるのか。

○山本座長 期間は、9ページの事務局提案のところ、この時期に限りということだから、通知を出した時期から始まるのでしょうけれども、終了は厚生労働省が別途通知を发出すると書いていますから、多分この間だろうと思います。

ほかはいかがでしょう。高林先生、どうぞ。

○高林構成員 先ほどのことですが、今村先生が御心配されていたこともよく分かりますし、ただ、なるべく簡便化したいということと、それから病院から直接患者さんにオンライン診療を始めることはあり得ないわけです。向こうのアドレスも何も分かりませんから。患者さんのほうからアクセスしてきて我々が対応するというのが通常。というか、それしか考えようがないのですけれども、そうであれば、別にそんなに心配すること。ただ、確かにお互いの契約というのはきちんとする必要があるけれども、なるべくそれを簡略化した形をお示しいただけると助かるというところです。

○山本座長 何らかの簡易型の診療計画書をつくるとしても、ひな形をお示したほうがいいと思うのです。できるだけ簡便な形で、患者さんに誤解のないような形をつくっていただくと、あとは先生方がそれに必要事項さえ書いていただければできるようになるでしょうから。それ以外に、オンライン診療には、患者さんがちゃんとスマホを使えるかどうか、そういう様々なバリアがあるので、そういったバリアはできるだけ低いほうがいいですね。

ほかはいかがでしょう。落合先生、どうぞ。

○落合構成員 ありがとうございます。

議論をしていてさらに何点か気づいたことがあります。追加させていただければと思います。1つが、今回、今までよりも若干踏み込んで、オンライン診療の活用に関する対応をする部分が出てくるのかなと思っております。コロナウイルスが一旦収まっても、海外からまた来てしまうこともあるかもしれないといったお話があったと思いますので、こういう事態が一旦収まって、2年後とか3年後にも同様の事態が生じる可能性もあり得るのだと思います。そういう意味で言うと、今回オンライン診療まで踏み込んだ対応をしたことについてエビデンスをとっておいていただいて、それがよかったのか、悪かったのかというのを後で評価して、見直せるようにしておけるということは、今後の対応も考えた中で重要ではないかと思っております。これは指針本体を直ちに今、改訂するとかではないですし、近々での事務連絡の発出というのとはまた別の話だと思っておりますけれども、ちょっと広めに意見を申し上げてもいいと伺いましたので、それが1点目です。

次が、電話とオンライン診療との違いということです。オンライン診療のほうが動画で見られるということですので、医師からは患者さんの表情ですとか様子。逆に患者さんからも医師の様子が分かるということで、電話よりも本来的には多くの情報が伝達されるという側面があると思います。このため、電話とオンライン診療の関係で言えば、使われてもいい要件というのは、オンライン診療のほうが電話よりは若干緩くなってしかるべきなのではないかと思えます。これは情報量が多いのでという理由だと思っております。これをどこの要件に当てはめるかどうかというのはともかくとして、一般論としてそうでなければならぬのではないかと思います。

最後に、第3点として、これもこの検討会のスコープそのものではないのだろうとは思いますがコメントをさせていただきます。今日は病院に行く議論をしていると思いますが、薬局のほうもどうなのかということがあると思っています。服薬指導についても、オンラインでできるのはどういう場合なのかというのをしっかり整理をしていただき、活用を図るということは、全体として、特に慢性期疾患の患者の方などがちゃんと薬まで受け取れるようにしていただくためには、そこまで配慮することも必要なのではないかと思いました。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

服薬指導というのは、ガイドラインがあれですね。安川さん、お願いします。

○安川薬事企画官 医薬・生活衛生局です。

事実確認だけさせていただきますけれども、オンラインの服薬指導そのものは、薬機法が改正されて、施行そのものは今年の9月からになっています。その中で一定の条件とかそういったものを示して取扱いをするのですが、ただ、今回の事務連絡の中では、緊急的な対応ということの中で電話とかいろいろなものを使ってもいいよということにしていますので、現行法の中での特例的な扱いというふうに示しています。そういうところを切り分けて今後方針とかを出していく予定でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

今村先生、どうぞ。

○今村構成員 今回の対応がいわゆる特別な対応ということで、期間を限定するということはぜひやるべきだと思っていますけれども、それを踏まえて、いつまでかという御質問が先ほどからあるのですが、今の時点で厚労省としてこういうタイミングでと言えないのも、そのとおりだと思うのですが、スタートの時点というものの、どういう状況でスタートするのか。というのは、一旦どこかで終わっても、また外国から入ってきて再燃しました。では、もう一度この仕組みを発動しますというのは、スタートの条件が明確になっていないと、五月雨的にずっと続くと。つまり、コロナもインフルエンザのようにこれから通年的に当たり前のようによく起こってくる感染症になると、終わりがなくなってしまうということになりかねないので、始まるの時点というのは、何をきっかけに始めるのか。

そのときの条件はどういうふうに考えていくか。今の状態がスタートというようなことなのでしょうか。あるいは特措法で特別な、コロナについてはこういうことが起こるからというようなきっかけというものはあるのでしょうか。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今の御指摘でございますが、大変重要な御指摘だと思いますけれども、現時点で起こっている状態に対してどうするかということを今、議論していただいております。新たな事態に対してどうかということ、それを前提としないとこれが進まないということになると、少し対応が後れてしまうということもありますので、御指摘の点については、オンライン診療ということだけの場では議論し切れない。感染症のいろんな専門の先生方の議論も聞くということがありますので、今のような御指摘があったということは、先ほども申し上げましたけれども、全体的なそもそもの感染症対策の医療体制の在り方の議論の中で、では、どういうときに発動してと。フェーズ分けという議論もあるかもしれませんが、いろんなことは並行して検討するとして、今日は今の事態に対してどのようにしていくかということで、始期についてはそういう御理解をいただき、宿題として残っているということで、事務局としては認識したいと思います。

○山本座長 南学先生、どうぞ。

○南学構成員 もう一個。これは慢性期ではない話なので、今まで申し上げなかったのですが、集中治療の先生から遠隔ICUに関して提案をされていて、これは今後、万が一拡大したときに人工心肺などを中規模病院で対応せざるを得ない。その場合に遠隔で集中治療専門医がそのICUを診ていくというシステムを今後導入することについて、検討する予定はありますでしょうかという話をいただいて、多分メンバーが違うような気はするのですが、それに関して何かプランがあれば教えていただければ。

○佐々木医事課長 今の点に関しましては、医事課ではありませんけれども、少なくとも予算の中で、このコロナの事態ということではないのですが、Tele-ICUということで、専門的なICUの知見のある医師の支援を受けながら集中治療室を遠隔地の病院が回していくということについて、今、モデル事業というか、検証の事業というのを要求しておりますので、そういったものの熟度を見ながら、今回のような事態に対しても活用できるかどうかということはあるかと思っておりますので、そういう御指摘があったということを踏まえてしっかりと連携してまいりたいと思います。

○山本座長 昨年度のガイドラインの改訂で、D to P with Dの一類型として高度な専門知識を持つ医師が遠隔から患者のそばにいる医師をサポートする遠隔医療というのを一応お認めしていて、ただし、どういう適用があって、どういう体制が必要かというのは、それぞれ学会等でガイドラインをつくって実施していただきたいという記載にしている。現在日本外科学会のほうで遠隔ロボット手術をやれるかどうかというのを御検討いただいていると理解していますし、Tele-ICUに関しても多分同じような類型だと思っておりますので、一応類型的には今のガイドラインに入っています。ただ、この検討会でどういうときにやっ

たらしいということを議論できる問題ではないので、それぞれの御専門のところできちんと検討いただいて、適用と体制を決めていただければと思っています。

高倉先生、どうぞ。

○高倉構成員 オンライン診療を進める側の人間として逆のことを言って申し訳ないのですが、これをアナウンスするときに、オンライン診療のほうがはるかに優れていますよというのを今回極力言わないでほしいというのが1点あります。何でもかという、今はほとんどないと思うのですけれども、今、情報機器をお持ちでない患者さん、もしくはそのための設備がない病院に今すぐ買ってくださいますよと言っても、今、世界的に情報機器の在庫がないので、売っていません。買えないのですよ。それでまたパニックを生む可能性もあるので、電話でもいいし、映像でもいいし、ありとあらゆる手段が得られますよという言い方でアナウンスをしていただきたいというのが1つ。

もう一つが、これは医師側のほうですが、たしか医師の個人端末はやめていただきたいという話が前にあったと思うのですけれども、今回、場合によっては病・医院で情報機器が買えないということが起こり得ます。うち、今、大学ですけれども、パソコンを発注しても一切入ってきません。この状態があと数か月続くわけですが、その状況で、やっってくださいと言われても、できない医院が幾つか出てくるわけです。そこに対してどう手当てをするのかというのも本当は考えておかないといけないと思います。

以上です。

○山本座長 個人持ちの端末を使ってはいけないのが、オンライン診療を行うシステムが電子カルテ等のふだん使っている、つまり、物すごく多くの患者さんのデータを扱っている診療システムに接続している場合は駄目。そうではない、普通のビデオ通話システムのオンライン診療システムは別に構わないということになっています。これは診療情報システムにつながって、もし事故が起これば、その医療機関の全患者さんのデータが危険にさらされるという意味で、そこはかなり厳密になっているのです。ほとんどのシステムは今、そうではないですので、やれることはやれると思っています。

ほかにいかがでしょうか。西川さん、どうぞ。

○西川大臣官房参事官 オブザーバーでございますし、今日の議論の対象ではありませんが、先ほど高倉委員がおっしゃったことについて、少し経産省の考え方を申し上げておきますと、もちろん政府の方針として対策を決めて、今、全省庁でやろうということになっているのですから、そこで整理をするのは当然だと思うのですけれども、具体的なメカニズムの中で、遠隔健康医療相談で経産省が今回LINEヘルスケアとMediplatさんと始める事業と今日御議論いただいているようなものが中途半端に絡むような形になると、逆に分かりにくいのかなと我々は考えています。今回の経産省の事業というのはチャットだけです。したがって、オンライン受診勧奨もできない。そこは明確に切り分けて別々にやるのだという形にしたほうが、国民にも医療機関の現場にもいいのかなと経産省としては考えてございます。

以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

ほかに御意見、いかがでしょうか。

それでは、5 ページ目の3つの類型に関しては、上の2つはオンラインにかかわらず、診療体制の整備がさらに進むという前提のもとで、オンライン受診勧奨を活用していくべきだろうと。3つ目の活用に関しては、予想がつくような変化に関しては処方の変更もお認めする方向で。このコロナウイルスの感染が進行している状態の中ではお認めすると。実施に関しても、診療計画書に関しては若干簡素化したものをお示しして、これをオンライン診療の際に患者さんに御提示いただくことで可とするという御意見だったように思います。

それから、オンラインでなくてはいけないのかとか、電話でいいのかという問題がありますけれども、一方で、現在の新型コロナウイルスの感染者の増加に対する対策として、いわゆる無症状あるいは軽症の方のフォローアップを在宅で行うときに、オンライン診療を活用することは、これは急性疾患ではありますが、一応感染拡大の状況に関しては可とするという御意見だったと思います。

あと、電話でいいのか悪いのかという話というのは、この場ではないので、厚労省の中で御検討願えればと思います。

今、私が言いましたこと以外に何か。どうぞ。

○今村構成員 今のことで、最後の点だけちょっと確認させていただきます。軽症者が在宅に戻って、病院から診療するというのはオンライン診療という位置づけでというお話で、これは診療にするのか、いわゆる経過を観察することなのか。先ほど座長からお話があったように、例えばパルスオキシメーターみたいなものを貸出しをして、継続して診るということになると、かなり診療的な要素が入ってくるのだと思うのですが、そうでなくて、例えば今、状態はどうか、お熱はどうか、具合は悪くありませんかというものは、ある意味経過の観察ということになるかと思いますが。診療ということになると、3か月間の受診ということが今、条件に入っていると思うのですが、そういった条件を今回コロナの患者に関しては外すのだという前提で診療にするという整理なのかどうか、確認をさせていただければと思います。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今、御指摘いただいた点は保険診療の部分でございますので、この場で白黒はっきりするのは困難だと思いますので、それは持ち帰らせていただいて関係部署と協議させていただきたいと思います。

また、電話とオンライン診療の関係性に関しましても、御指摘いただいていたとおり、ここでは十分決められないということもございますので、その点に関しましても事務局として一旦引き取らせていただきたいと思います。

○山本座長 ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○竹下課長補佐 結核感染症課の竹下と申します。

大曲先生と加藤先生に1つ伺いたいのですが、今、実際コロナウイルスの感染症の経過を見ていくに当たって、軽症の方が数日たってから重症になっていく方もいると伺っていますので、そういったものはオンライン診療で診ていく上で、例えばこういう条件がある人は難しいとかそういったものも、もう少し症例が集まると示すような形になってくるのかどうかということに関して御意見をいただければと思います。

○大曲参考人 現時点でもかなりできると思います。一番分かりやすいのは年齢です。多分60歳を超えるかどうかで外来で診られるかどうか、かなり違ってきます。すみません。年齢で切って申し訳ありません。ほかの病気のことですか、もうちょっと細かいことを本当は言うべきなのですが、現時点で日本固有のデータを細かく分析できていなくて、単純に中国からいただいたデータで見ますと、重症化の率がぼんと上がるのは60歳を超えるところなのです。ですので、それが1つだと思います。ただ、我々は武漢から帰られた方等々、軽い方もたくさん診ておりますが、60歳を超えた方でも軽症でそのまま過ぎる方もいらっしゃいます。それは何かといいますと、年齢だけでは消えない何かがあるはずで、そこに関してはもう少しほかの検査値とかほかの要素、基礎疾患の有無といったところを細かく見ていくことによって、この方々は帰してはいけない方であるというものがもう少し細かく見えてくると思いますので、そういう方々は入院させるといった判断は必要ではないかと思えます。

我々もPCRで1回目は陰性で、はっきりしないという事例で、でも、経過を見なければいけないということで、若い方が中心ですが、外来で何度も何度も診ている方がいらっしゃいますけれども、悪くなるわけでもなく、念のため入院を勧めても本人に断られるということは実際にありますので、できるのではないかと思います。

○山本座長 ありがとうございます。

○南学構成員 確認なのですが、今の御質問は、オンライン診療の質問ではなくて、電話相談あるいはオンライン受診勧奨の御質問だという理解でよろしいですか。

○竹下課長補佐 どちらにも当てはまると考えています。

○南学構成員 先ほどコロナの診断はオンライン診療ではしてはいけないという話だったと思うので、それでちょっと混乱したので伺ったのですけれども。

○竹下課長補佐 診断ではなくて、診断した後の経過を見るという話だと理解しています。

○南学構成員 診断して、軽症者の経過を自宅で見ると。分かりました。

○山本座長 診断は不可能ですね。

よろしいですか。

それでは、資料1の5ページと9ページと10ページに書かれている事務局の御提案に関して、若干の皆さんの御意見をつけ加えた形で今日のまとめとしたいと思いますので、厚生労働省としてはぜひ積極的に取り組んでいただければと思います。

それでは、これで議題についての議論は終わりですので、事務局にお返ししたいと思います。

ます。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今日は急遽お集まりいただき、熱心に御議論いただきましてありがとうございました。

本日、幾つか御指摘もいただいておりますし、そもそも電話再診との関係でありますとか報酬等、ほかの関係もありますので、そこら辺も事務局のほうで関係部署と調整をした上で、最終的には少し御確認をいただくようなプロセスも必要かと思っております。本日は大変熱心に御議論いただきましてありがとうございます。

○山本座長 本日は本当に長時間御審議いただきましてありがとうございました。

それでは、これで本日の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」を終了いたします。どうもありがとうございました。